第３章

基礎を強く

健康、栄養およびしっかりした教育。
それは子どもとその父母に必要な生活の基盤であり、
すべての子どもがこれを享受する権利を持つ。

インクルーシブな保健

「子どもの権利条約」と「障がい者の権利に関する条約」の下では、すべての子どもたちが達成可能な最高水準の健康を享受する権利を持っている。そして、障がいのある子どもたちも、乳幼児期の予防接種、小児期における適切な栄養、病気やケガの治療、青年期から初期成人期における性と生殖の健康に関する情報やサービス等、あらゆる種類のケアを享受する平等な権利を持っている。水と衛生に関する基本的サービスも同様に重要である。

障がいのある子どもたちが実際にほかの子どもたちと平等にこうした権利を享受できるようにすることが、保健医療へのインクルーシブ・アプローチの目指すところである。これは社会正義に関わる問題であり、すべての人間固有の尊厳に関わる問題である。それは将来への投資でもある。ほかの子どもたちと同じように、障がいのある子どもたちも将来おとなになる。子どもたちには良好な健康そのものが必要である。良好な健康は、幸福な幼児期を過ごす上で重要な役割を果たし、また未来の生産者や親としての将来性を高めるからである。

予防接種

予防接種は、幼児期の疾病や死亡を減らすグローバルな取り組みの中でも重要な要素である。予防接種は公衆衛生上の全支援策の中で最も成功しているものであり、費用対効果に優れ、特に５歳未満の子どもの疾病や死亡を低下させる強力な潜在性を持っている。こうした理由から予防接種は国内外の保健イニシアティブの要とされてきた。予防接種の対象となる子どもの数は、かつてないほど増えている。予防接種の成果のひとつとして、不治の筋麻痺を招く恐れのあるポリオの発症件数が1988年には35万件を上回っていたが、2012年には221件にまで減少したことが挙げられる[34]。

しかしまだ、目指す目標にははるかに及ばない。例えば2008年には肺炎球菌による疾患、ロタウィルス、下痢、B型インフルエンザで死亡した５歳未満児の数は100万人を上回った。予防接種はこれら多数の子どもの死を防ぐことができるはずだ[35]。

障がいのある子どもたちを予防接種対象者に組み入れることは、倫理面だけでなく公衆衛生と公平性の観点からも果たさなければならない義務である。すべての子どもに予防接種を実施するという目標は、障がいのある子どもたちを組み入れない限り達成することはできない[36]。

予防接種は障がいをもたらす疾病を未然に予防する重要な手段だが、すでに障がいのある子どもに予防接種を受けさせることも同様に重要である。障がいのある子どももほかの子どもたちと同じように幼児期の疾病に罹患するリスクがあるにもかかわらず、多くは依然として拡大予防接種の対象から外れている。予防接種を受けないか、一部しか受けないままでいると、発達が標準より遅れたり、接種していれば回避できる二次的疾患にかかったり、最悪の場合は、死を招きかねない[37]。

予防接種普及の取り組みに障がいのある子どもたちを参加させると、障がいのある子どもを予防接種対象集団に取り込むことに役立つと思われる。例えばキャンペーン用ポスターやそのほかのプロモーション資料に障がいのある子どもたちとそのほかの子どもたちを一緒に登場させることが認識向上に役立つこともある。すべての子どもに予防接種を受けさせることの重要性を一般市民に広く理解させるには、公衆衛生キャンペーン、市民社会や障がい者の団体、学校やマスメディアを通じて父母に働きかけることも必要である。

栄養

全世界でおよそ８億7,000万人が栄養不良に陥っていると考えられる。そのうち５歳未満の子ども約１億6,500万人が発育阻害か、慢性的な栄養不良状態にあり、低体重の子どもは１億人を上回ると見られている。不十分な食事や特定のビタミンやミネラル（ヨウ素、ビタミンA、鉄、亜鉛など）が不足した食事は、身体、感覚または知的障がいをもたらす恐れのある特定の疾患を引き起こし、さまざまな感染症に対する乳幼児や子どもの抵抗力を弱めることがある[38]。

ビタミンA欠乏症のため失明の危険に晒されている子どもは毎年25万〜50万人に上ると推定される。しかしこの症状は、子どもひとりあたりわずか２〜３セントで済む経口補給のビタミンA剤により容易に回避することができる[39]。ひとりあたり年間５セントと、同様に少額の費用で済むヨード添加塩もヨードが欠乏しがちな地域の子どもたちにヨードを補給し、子どもたちの知的障がいを予防する費用対効果に優れた方法である[40]。こうした低コストの対策は障がいのある子どもたちはもとより、困難な状態の中で乳幼児や子どもを養育するために労働に従事する母親の支えにもなっている。

発育阻害は、年齢の割に身長が低いことを評価の基準としているが、これは、栄養不良と下痢が原因となっている。複数の国の調査によると、生後２年以内における下痢の発症はいずれも発育阻害につながり[41]、発育阻害

宿題に取り組む子ども（バングラデシュ）。© Broja Gopal Saha/Centre for Disability in Development

は低中所得国の５歳未満の子どものおよそ28%を占めると推定される[42]。認知機能や教育上の成績低下といった発育阻害が引き起こす結果は、子どもが非常に幼いときに発現するが、その影響は生涯にわたって続く。しかし、コミュニティを中心に基礎保健の実践法を改善する方法は、幼い子どもたちの発育阻害を減少させることが実証されている[43]。

母親の栄養不良は、本来予防することができる幼児期のさまざまな疾病を招く要因となり得る。低中所得国の妊婦のおよそ42%が貧血症であり、これらの国の妊婦２人にひとり以上は鉄欠乏性貧血を患っている[44]。また、開発途上国における学齢期の子どもの半数以上も貧血症である。これは障がいの要因としては、世界で最も広範に見られる原因のひとつであり、公衆衛生面では世界的な問題となっている[45]。授乳中の母親の栄養不良も乳幼児の健康不良の原因となり[46]、障がいの原因となる疾病にかかるリスクを高める。母親が健康であれば一部の障がいの発症を防ぎ、子どものニーズによりよく対応することができる。

栄養不良は障がいの原因であると同時に、障がいが招く結果であることもある。事実、障がいのある子どもは栄養不良になるリスクが高い。例えば、口蓋裂の乳幼児は母乳を飲んだり、食べ物を効果的に摂取することができないことがある。脳性麻痺の子どもは噛んだり飲み込んだりすることが難しい[47]。嚢胞性線維症といった特定の疾患は、栄養の吸収を阻害することがある。障がいのある一部の乳幼児は、健康な体重を維持するために、特別の食事や高カロリー食を摂る必要がある[48]。しかし、そうした子どもたちは地域のスクリーニングや食糧配給イニシアティブから漏れる恐れがある。学校に通っていない障がいのある子どもたちは、学校給食プログラムを受けることができない。

身体的な要因に加え、周りの人たちの態度や姿勢も子どもの栄養にマイナスの影響を及ぼす場合がある。一部の社会では母親が障がいのある子どもに授乳することをよしとしないこともある。また偏見や差別から、障がいのある子どもには、障がいのない兄弟姉妹よりも少量の食事しか与えなかったり、栄養価の低い食事しか与えないことがある[49]。また、特定の種類の身体障がいまたは知的障がいのある子どもは自力で食事をすることが難しいか、食事に時間がかかったり、ケアを必要とすることもある。障がいに関連しているように見える健康不良や消耗が実は摂食の問題に関わっている場合もある[50]。

水と衛生

開発途上国全体にわたり、障がい者は安全な飲料水と基本的な衛生設備（トイレ）へのアクセスに際し、日常的に特有の困難を強いられていることは周知の事実であるが、文書化された資料はほとんどない。身体障がいのある子どもは水を汲んで長い距離を運ぶことができない。井戸の囲いや水道の蛇口が子どもにとって高すぎることもある。金物類や洗面所のドアが扱いにくかったり、水を汲む際の容器を置く場所がなかったり、井戸、池またはトイレの中に落ちないようバランスをとるためにつかまるところがない場合もある。長く滑りやすい道や暗い照明も障がいのある子どもたちによるトイレの使用を制限している。

障がい者を阻んでいるバリアは身体的な問題や設計上の問題だけにとどまらない。社会的なバリアは文化によって異なる。障がいのある子どもたちは自宅や公共設備を利用する際、しばしば偏見や差別に直面する。障がいのある子どもたちは水源や素掘りトイレを汚すという根拠のない懸念が頻繁に報告されている。障がいのある子どもや若者—特に女子—がほかの家族と異なる設備を使用させられるか、別の時間帯に使用することを求められると、事故やレイプなどの身体的攻撃を受けるリスクが高まる。このように障がいのある子どもたちの水や衛生設備（トイレ）へのアクセスを妨げている問題は、文化的および地理的な背景のほか、子どもの障がいの種類によっても異なる。身体障がいのある子どもは手押しポンプや屋外のトイレを使用することが著しく困難であろう。聴覚障がいや知的障がいのある子どもは身体的な問題はほとんどないが、からかいや虐待を受けやすく、そのためにこうした設備が利用しづらくなる恐れがある。

障がいのある子どもたちが利用できるトイレが学校に完備されていないために、通学できない場合がある。障がいのある子どもたちはトイレに行く回数を減らすため、飲食する量を減らしているという報告をたびたび耳にする。特に誰かに介助を頼まなければならない場合は

なおさらである。これは障がいのある子どもたちが栄養不良に陥るリスクを高める。また一部の場所では新たに設置された水と衛生（Water, Sanitation and Hygiene: WASH）の設備が依然として障がいのある子どもたちへの配慮に欠けていることも憂慮すべきである。新しい高床式トイレや使いやすい水道ポンプなど、障がい者のためのローテク、低コストの支援策が徐々に拡充されているが、こうした情報はまだWASHの専門家に幅広く行きわたっていないか、WASH政策や実務慣行に組み込まれていない[51]。

性と生殖に関する健康およびHIV／エイズ

身体障がい、感覚障がい、知的障がい、または心理社会的障がいのある子どもや若者は、性と生殖の健康およびHIV／エイズ・プログラムからほぼ完全に除外されてきた。彼らは性的に活発ではなく、障がいのない人に比べると違法薬物やアルコールを使用する可能性が低く、虐待、暴力またはレイプのリスクが低いため、HIV感染リスクも低いと考えられていることが多いが、それは誤りである[52]。結果的に障がいのある子どもや若者がHIVに感染するリスクが高まっている。

シャボン玉で遊ぶ、10歳のベアトリス。脳性麻痺を患っている（ブラジル）。© Andre Castro/2012

あらゆる年齢層においてHIV陽性の障がい者は、障がいのない人に比べて適切なサービスを受けていないことが多い。治療、検査およびカウンセリング・センターの中で障がい者のニーズに対応できるところはほとんどなく、医療従事者が障がいのある子どもや若者に対応するための訓練を受けることはほとんどない[53]。

障がいのある若者の多くは、身体の発達や変化について基本的な情報すら提供されていない。性と生殖の健康および男女関係に関する体系的な教育がカリキュラムに組み込まれていることはほとんどなく、たとえ組み込まれていたとしても障がいのある子どもたちは除外されることがある。多くの障がいのある子どもたちは文句を言わずに従うよう教えられ、他人との肉体的接触を抑制するという経験をまったく持っていない[54]。そのため聴覚障がいの若者はHIV感染リスクが高いことを示す南アフリカの調査から分かるように、虐待のリスクが高まっている[55]。

早期発見と支援

子どもは生後３年間に急速に成長するため、早期の発見と支援が特に重要である。「発達スクリーニング検査」は子どもの障がいを発見する効果的な方法である[56]。この検査は、例えば地域の保健センターを予防接種や発育健診のために訪れたときなど、基礎保健ケアの場で行うことができる。スクリーニング検査の目的は、リスクの高い子どもを見つけ、必要に応じ、精密検査と支援を紹介し、家族に障がいについて知っておかなければならない重要な情報を提供することである。スクリーニング検査では視力と聴力の検査を行うほか、座る、立つ、這う、歩く、話す、または物を扱うといった発達具合を見る審査事項を基準に子どもの発育を評価する。

高所得国の医療制度においては、生後間もない時期に発達上の問題を見つけ、対処する機会が豊富にある。しかし低中所得国でも幼児の発育を促進するための支援策が拡充されつつある。こうした支援には鉄分欠乏症の治療、ケアを提供する人の訓練や地域に根ざしたリハビリテーションの実施などがある[57]。

高所得国と低所得国で実施された最近の調査による

と、新たにてんかんと診断された子どもとおとなの最大70%の人たちが抗てんかん薬による治療に成功している（すなわち発作を完全に抑制している）。２年から５年間、有効な治療を行った後、子どもについては70%、おとなは60%の患者が薬の使用をやめても再発の恐れはない。ところが低所得国ではてんかん患者のおよそ４分の３が必要な治療を受けていない[58]。治療法はあっても、普及が効果的に進んでいないことが多いのである。

障がいの発見と治療は別の医療分野ではなく、公衆衛生の不可欠な要素である。それにもかかわらず、一般的に政策当局や研究者は、これが障がいのない人の健康増進策のためのリソースと競合するものであると位置づけている[59]。これでは差別と不平等を助長するだけである。

差別をはじめ、医療との間に立ちはだかるそのほかの障壁を乗り越えたとしても、障がいのある子どもたちが利用できるサービスは質が悪いと感じるかもしれない。障がいのある子どもたちのニーズを満たした設備やサービスの改善ができるように、彼らのフィードバックを聞く必要がある。さらに医療従事者を含んだ子どもを扱う専門家は、可能な場合は、家族と一緒に子どもの発達や子どもの障がいに関するさまざまな課題について教育を受けるべきである。障がいがあると分かった子ども、障がいが発現するリスクがあると特定された子どもへのサービスの質の向上に向けて、また前述のようなリソース配分をめぐる競合を変える上で、国際協力は重要な役割を果たすことができる。

インクルーシブな教育

教育は社会に完全な形で参加するための入り口である。特に排斥されることの多い障がいのある子どもにとって、教育は重要である。学校へ通う利点の多くは、後々になって現れるが—例えば成人後の生計手段の確保など—即座に近い形で明らかになるものもある。障がいのある子どもたちが学校に行くことは、インクルージョン（誰もが受け入れられる社会）の実現を妨げる誤った認識を是正する重要な手段である。こうした子どもたちが学校へ通うことができれば、父母や養育者は生活費を稼いだり、休息をとったり、ほかの活動を行う時間を作ることができる。

原則として、すべての子どもは平等に教育を受ける権利を持っている。しかし実際には、障がいのある子どもたちはこの権利を不当に奪われている。その結果、主に有給の職業を通じて、市民としての完全な権利を享受し、社会の中で価値ある役割を担うことができていない。

低中所得国13カ国の世帯調査のデータによると、６～17歳の障がいのある子どもたちが学校に入学する割合は、障がいのない子どもたちの入学率を大幅に下回っている[60]。2004年に実施されたマラウイの調査では、学校に一度も通ったことのない障がいのある子どもの割合は、障がいのない子どもの２倍であることが明らかになっている。同様に2008年のタンザニアの調査では、初等学校に通学する障がいのある子どものうち、高等教育に進む子どもの割合は障がいのない子どもの半分であることが示されている[61]。

障がいのある子どもたちに地元の学校に通う平等な権利が与えられない限り、政府は普遍的な初等教育の達成というミレニアム開発目標（MDG２）を達成することはできず、「障害者の権利に関する条約」の締約国は、第24条に定められた責任を果たすことができない[62]。「子どもの権利条約」に関する最近発表されたあるモニタリング・レポートは、「障がいのある子どもたちが教育の権利を実現する際に直面する問題は依然として根深い」ことや、「障がいのある子どもたちは教育に関して最も社会のメインストリームから取り残され、疎外された集団のひとつである」ことを認めている[63]。

これらの条約は、インクルーシブな教育を推進するものであるが、ときに分離教育の存続を正当化するために誤って利用される可能性がある。例えば、寄宿制の特別支援学校に通う子どもは、教育に「インクルード（含まれる）される」権利を享受しているかもしれないが、家族と一緒に暮らす権利やコミュニティの一員となる権利は侵害されることになる。

インクルーシブな教育では、正規の学校制度で、すべての生徒に有意義な学習機会を提供することが求められる。子どもの障がいの有無に関係なく、地元の学校で年齢に応じたクラスに参加しながら、必要に応じて個人に合わせたサポートを補完的に受けられるのが理想であ

る。そのためには階段の代わりにスロープを設置し、車椅子が通れる十分な幅のある入り口にするといった物理的な便宜を図るだけでなく、社会に属するすべての人（障がいのある子どもたちだけに限らず）の主張を取り入れ、すべての子どものニーズを反映させた子ども中心の新しいカリキュラムが必要となる。インクルーシブな学校では、少人数のクラスで学び、生徒は競争するのではなく、互いに協力し合う。障がいのある子どもたちは、昼休みや校庭でほかの子どもたちから切り離されることはないのである。

貧困と障がいとの間には強い関連性があり[64]、それがジェンダー、健康、雇用の問題につながっていることがさまざまな国の調査で明らかになっている。障がいのある子どもたちは貧困と排斥の悪循環に巻き込まれることが多い。例えば、女の子は学校には通わず、兄弟姉妹の世話に専念させられたり、家族全員が偏見・差別の対象となりかねないため、子どもの障がいを報告しなかったり、子どもを人目につくところに連れ出したりすることを躊躇したりするケースがある[65]。しかし排斥され、取り残された子どもたちの教育こそが貧困の削減を可能にするのである[66]。

教育へのインクルーシブなアプローチは世界的に幅広く承認され、例えば1994年の「特別なニーズ教育に関する世界会議」[67]、また2002年以降は「障がい者の教育の権利に関する世界的規模の万人のための教育イニシアティブ」などの支持を受けている[68]。このアプローチは決して特権を持つ国や高所得国でしか実践できない贅沢な施策ではない。教育におけるインクルージョン実現の事例は世界中あらゆる地域で見ることができる。排斥されている人を最大限受け入れられるようにするためには、こうした取り組みに必ず学習のシステムと環境にユニバーサル・デザインの原則を適用しなければならない。この事例については<www.unicef.org/sowc2013>のインフォグラフィック（解説画像）で紹介している。

早く始めること

インクルージョンへの歩みは生後間もない時期に家庭から始まる。障がいのある子どもたちが本来受けることができる愛情、感覚刺激、ヘルスケア、ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）を享受できない場合、発

インドの西ベンガル州にて、点字を使って数学を学ぶ生徒たち。© UNICEF/INDA2009-00026/Khemka

達が不十分となり発達を測る重要な審査基準を満たせずに、潜在能力は不当に制限されてしまう可能性がある。これは、障がい者本人やその家族、彼らが生活する地域に重大な社会的および経済的影響をもたらすであろう。

障がいや発達遅延を早い段階で特定できれば、その子の能力を最大限に開花させる可能性が高まる。そこで、早期の幼児教育は、それが公立、私立あるいは地域社会のいずれの教育機関で提供されていようとも、子どもの個人的なニーズに対応できるよう設計することが肝要である。脳の能力は、３歳になるまでの間に約80％発達するため、また、誕生から小学校に就学するまでの期間（保育園・幼稚園の時期）は、子どものニーズに合った教育を行うことができるため、早期幼児期はとても大切なのである。子どもが不利な状況にあればあるほど幼児教育のもたらす恩恵は大きいことが調査で明らかになっている[69]。

学校で友人たちと遊ぶ、トーゴのアシラフ。現地の障がい者団体と国際的なパートナーが、教育の権利実現のため働きかけ、アシラフは学校に通えるようになった。© UNICEF/Togo/2012/Brisno

早期幼児教育は幼稚園やそのほかの保育施設だけに限ったものではなく、家庭環境も子どもの発達を促進する基本的な役割を果たす。バングラデシュ[70]、中国[71]、インド[72]および南アフリカ[73]での調査は、家庭から保健センターに至るまであらゆる環境において、母と子の相互の交流を増やし、発育のための活動を強化することが幼児の認知能力の発達に有益であることを示している[74]。

障がいのある子どもに対する古くからある偏見や期待の低さのせいで、子どもたちが早期幼児ケアから取り残されることがあってはならない。生後早い段階から家族やコミュニティの支援を受けることによって、障がいのある子どもたちは学校での教育期間を最大限活かすことができ､成人への準備を上手に展開できることは明らかである。

教師と共に

子どもの学習環境の中でも、教師は重要な要素—おそらく最も重要な要素—であろう。そのため教師がインクルーシブな教育を明確に理解し、強い決意を持ってすべての子どもたちの指導にあたることが重要である。

しかしながら、普通校では、教師は障がいのある子どもたちの指導についての適切な準備と支援ができていないことが多い。これが、多くの国で教育者が自分のクラスに障がいのある子どもたちを受け入れることに躊躇する要因のひとつである[75]。例えば、イスラエルにおいて、将来、特別支援教育にあたろうとしている教師に対して行われた調査では、教師らが障がい者に対してどうすることもできない先入観を持ち、障がいの種類によって差別をしてしまうという人も見受けられた[76]。障がいのある子どもたちのためのリソースはインクルーシブな普通教育にではなく、分離された特別支援学校に配分される傾向がある。これは不適切であるだけでなく、コストもかさむことが実証されている。ブルガリアでは特別支援学校の生徒ひとりあたりの教育予算は普通校の障がいのある子どもたちの３倍を上回っている[77]。

欧州22カ国で実施された知的障がいのある子どもたちに関する調査では、普通校の教師に対し、障がいのある子どもたちへの対応の仕方についての研修が行われていないことが重大な懸念として取り上げられている。障がいのある生徒を教えるのは教員免許を有する教師ではなく、ほとんどがサポート・スタッフだったのである。教師の研修はインクルージョンへの関与を促す上で有効であることが立証されている。2003年に行われた調査では、障がいに関する科目を多く履修した校長のほうが、よりインクルーシブな見方ができることが明らかになった。また態度・姿勢の変容も、生徒たちに恩恵をも

（32ページへ続く）

視点

私の息子、ハニーフ

著者：モハマド・アブサール

モハマド・アブサール氏はバングラデシュ・ミレルショライの、マディヤムソナパハール村に住んでいる。３人の息子と３人の娘を持ち、家族を養うため茶を販売する小さな屋台を営んでいる。

私の息子、ハニーフは９歳で、小学校２年生である。ハニーフは４歳のとき、遊んでいる最中にケガをした。足が赤く腫れ上がり、ハニーフは痛みを訴え始めた。私たちはハニーフをチッタゴン病院に連れて行った。医師はハニーフの足を救おうとしたが、重度の感染症を起こしていたため、結局、医師は足の切断を決断した。

ハニーフが足を失った後、ほかの子どもたちはハニーフを「足なし」、「薄気味悪い足なしの子」と呼び、一緒に遊ぼうとすると地面に突き倒したりして彼を苦しめ、さらに精神疾患を患っている弟もいじめた。こうした仕打ちを見るたびに私は悲しい気持ちになり、妻は激高し、子どもたちのことを悪く言う人たちと口論した。ハニーフは、外に出るのを嫌がるようになった。彼は惨めな思いをしていたのである。

地元の非政府機関（NGO）である、貧困コミュニティ改善のための組織（Organization for the Poor Community Advancement: OPCA）が障がいについて認識を高めるための会合を私たちが住む地域で開催し、特別なニーズを持つ人たちに対してポジティブな姿勢を持つよう促してからというもの、状況は好転した。

OPCAのリハビリテーション担当者が小学校教師と一緒にわが家を訪れた。２人はハニーフを学校に入学させることを勧めた。地元の小学校はわが家から500メートル離れていたため、私は毎朝、息子を学校に送っていかなければならなかった。私は学校の近くに小さな店を開き、下校時に彼を家に連れて帰るまで学校のそばにいられるようにした。最初、ハニーフは学校でさまざまなトラブルに見舞われた。クラスメートも近所の子どもたちと同じように彼をからかい、悪態をついた。

ある日、ダッカを本拠地とする全国的な非政府組織である「開発における障がい者センター（Centre for Disability in Development：CDD）」が息子に義足を提供してくれるという話をリハビリテーション担当者が伝えてくれた。私たちは首都まで出かけ、そこでハニーフは義足を装着してもらい、数日間のトレーニングを受けた。1対の松葉杖ももらった。彼の義足は非常に小さく、そのために階段を上ることが若干難しい。しかしそれを除けば、今では何でも自分でできるようになった。

ハニーフが初めて新しい義足を装着したとき、人々は目を見張った。ハニーフが再び歩く姿を目にすることが驚きだったのだ。私自身もこうなるとは思いもしていなかった。隣人の中には義足を見るためだけにわが家に来る人もいた。

私の息子が再び歩き、あらゆる種類の活動に参加できるようになると、ほかの子どもたちは彼に悪態をつくのをやめた。地面に突き飛ばすこともなくなった。私はハニーフを学校まで連れて行かなくてもよくなった。ハニーフは自力で歩き、クラスメートは彼と一緒に歩きたがっている。最も重要なことは、ハニーフが以前より幸せになり、自信を高めたことである。彼は義足のおかげで自立でき、ほかの子どもたちに劣等感を抱くこともなくなった。クラスでの成績も上がり、今では友だちと一緒にクリケットやサッカーなどのスポーツを楽しんでいる。

ハニーフを見てほしい。適切な支援と励ましがあれば、障がい者も社会で力を発揮できることが分かるだろう。

リハビリテーション担当者はハニーフの学校を何度か訪れ、障がいとインクルーシブな教育の重要性を説く会合を開いた。ハニーフを取り巻く環境はかつてないほど障がいに優しい環境になっている。学校はハニーフのニーズに対応することに力を尽くしてくれる。例えば、ハニーフにとって階段の昇り降りは大変だと分かると、授業が2階で予定されているとき、校長はハニーフが出席しやすいように教室を1階に変更することを許可してくれた。

ハニーフは学校では絵を描くことを楽しんでいる。学外あるいは休み時間に遊ぶことが好きだ。おとなになったら、アラップ先生やシャパン先生のような先生になりたいと思っている。彼にとってのロール・モデルだ。両先生はハニーフに惜しみない愛情を注ぎ、可能な限り支援してくれる。わが家は非常に貧しいため、息子の義足とそれに関連する費用はCDDが提供してくれたが、これはマヌッシャー・ジョンノ基金(Manusher Jonno Foundation)が支援する「障がい者の権利促進プロジェクト」によるものであった。義足に問題があるときは、リハビリテーション担当者がわが家を訪れてくれることになっていたが、ハニーフが大きくなったため、義足を調整してもらった。

ハニーフは地方政府の社会福祉課から月額300バングラデシュ・タカの障がい手当も受給している。私は手当を受け取るためにハニーフを地元の銀行に連れて行く。ハニーフが教育を受け続けるにはさらに支援が必要である。

彼には、何にもまして優れた教育を受けてもらいたいと思っている。教育こそ彼に力を与え、有意義な生活を築けるよう彼を導くことができるからだ。ハニーフは歩いたり長時間立ったりせずに済むデスクワークが最も適していると思う。もしかしたら、障がい者に優しいCDDのような機関に勤めるかもしれない。私はさまざまな障がい者たちがそこで働いているのを目にした。このような環境は、彼が能力を最大限に発揮して仕事に取り組めるだけでなく、尊敬に値する地位を確保する上で役立つように思う。ハニーフはもしかしたらほかの障がい者たちの手本になることができるかもしれない。ハニーフを見てほしい。適切な支援と励ましがあれば、障がい者も社会で力を発揮できることが分かるだろう。

授業に参加するハニーフ。© Centre for Disability in Development

（29ページからの続き）

たらしている。例えば、インクルージョンをポジティブに捉えられるようになると、障がいのある子どもたちの席を特定の場所に押しやるようなことをしなくなるのである[78]。2001年に実施された別の調査によると、これから教師になろうとする人たちにインクルージョンについてのコースを実施したところ、態度・姿勢を変えるのに役立ち、クラスに障がいのある子どもたちを受け入れてもいいという考えに変わったという[79]。

最大の機会は、教師になって間もない人たちにあるように思われる。中国、キプロス、インド、イラン、韓国、パレスチナ、アラブ首長国連邦、ジンバブエにわたる多様な国々での体系的な文献調査によると、教師としての経験が最も少ない教師ほど、勤務年数の長い教師よりもポジティブな態度・姿勢があることが明らかになっている。インクルーシブ教育の研修を受けた教師、まったく受けていない教師よりも肯定的な態度・姿勢を示し、最も肯定的であったのは実際にインクルージョンを経験している教師であった[80]。

しかし、教師に就任する前の研修では、インクルーシブな教授法に関して訓練を実施することはあまりない。研修がなされていたとしても、その質はばらばらである。さまざまなキットはあるが、必ずしもそのツールキットが特定の状況に対応しているとは限らず、相容れない概念が含まれていることも多い。グループ学習がその一例である。障がいのある子どもと障がいのない子どもがグループとなって座っている写真を見て、教師たちは否定的な反応を示した。従来型のクラスで、実際に生徒たちが着席する方法と違うからである[81]。

もうひとつの課題は、教える側に多様性が欠けていることである。障がいのある教師は極めて稀で、障がい者が教員になるまでには大きな障壁がいくつも存在する。例えば、カンボジアでは教師は「障がいがないこと」と法律で定められているのである[82]。

教師の研修と多様性推進の方法について、市民社会とのパートナーシップは、心強い事例をいくつか示してくれている。バングラデシュでは全国的な非政府組織（NGO）であるCDDが、インクルーシブ教育トレーナーたちを採用し、学期中に10日間にわたるセッションを、各校1名、合計20校に対して実施している[83]。CDDのトレーナーには視覚障がいなどの障がいのある人も数人おり、教師や障がいのある子どもたちと障がいのない子どもたちの重要なロール・モデルとなっている。また、モザンビーク国内の非政府組織であるAjuda de Desenvolvimento de Povo para Povoは、ADEMOという全国障がい者団体と密接に協力して、障がいのある子どもたちを担当する教師と障がいのある教師に対する研修を行っている[84]。

教師は仕事で孤立しがちである。教室では助けを得られない上、上席からは決まりきったシラバス（授業要綱）に沿って授業をするよう求められることが多い。インクルーシブな教育では、学校の組織体制、カリキュラム作成、生徒の評価への取り組み方に柔軟性が求められる。こうした柔軟性があれば、よりインクルーシブな指導方法を開発することができ、教師中心から子ども中心へと重点を移した、多様な学習スタイルを採用することが可能になる。

教師は、障がいのある子どもたちの指導について豊富な専門知識と経験を持つ専門の教師に支援を求められる体制になければならない。特に感覚障がいや知的障がいのある子どもを担当する場合、そうした体制は必須である。例えば、専門家は点字の使い方やコンピューターを中心にした授業の仕方について助言することができるからである[85]。こうした専門家が少ない場合は、必要に応じて複数の学校を回るようにしてもらってもよい。このような専門教師はサハラ以南のアフリカなどの低所得国では不足しているが[86]、こうしたときこそ、国際的レベルから地域レベルまで、資金・技術援助を提供できる人の出番となる。

両親、コミュニティ、子どもたちを参加させる

教室内のことばかりに重点を置いたインクルーシブ教育プログラムは、インクルーシブな教育に貢献できる親の可能性を無視したものであり、障がいのある子どもたちを別室に閉じ込めるような違反行為を防ぐことができなくなる。

親は多くの役割を担うことができる。アクセスのための交通手段の提供、意識向上、市民社会団体への参加、

子どもが適切な機器やサポートを利用できるよう保健部門と交渉したり、貧困解消のため、補助金や控除制度が利用できないか、社会福祉部門に問い合わせたり、さまざまな役割を果たすことができる。多くの国では、インクルージョンを支える幅広い活動を行う地域委員会が学校の中にある。例えばベトナムでは、地域運営委員会がアドボカシー、地元での研修、補助器具の確保、資金援助、アクセス可能な環境整備に携わっている[87]。親とコミュニティは、自分たちにも貢献できることがあり、その貢献が役立っていることの自覚が重要である。

子どもの参加や子どもの力の重要性は十分実証されているが、既存の教育構造や教育制度の中でうまく活かされていない。これは障がいの有無を問わず、すべての子どもについて言える。自分の教育や生活に関し、意思決定ができる子どもはほとんどいない。障がいのある子どもたちをこうした意思決定に関わらせることは特に難しいと思われる。障がいのある子どもたちを受け身の被害者と見る考え方と態度が根強く残っているためなおさらである。2011年の「子どもの権利条約に関する国連事務総長の状況報告書」は「障がいのある子どもたちが自分たちの意見に耳を傾けてもらうことは依然として難しい。学校評議会や子ども議会、子どもたちの意見を引き出すための協議プロセスといった取り組みのほか、司法手続きも、一般的に障がいのある子どもたちのインクルージョンを保障できないか、彼らの参加する能力を認めていない」と指摘している[88]。

世界中で、学校やコミュニティで最も十分に活用されていないリソースは子どもたち自身である。英国のチャイルド・トゥー・チャイルド（“子どもから子どもへ”）基金（Child-to-Child Trust）は長年にわたって子どもの保健教育への関与を進めており、このアプローチをインクルーシブ教育や地域に根ざしたリハビリテーションのプログラムに取り入れて効果を上げている国もある[89]。例えば、参加型の調査では、子どもたちは清潔な環境と衛生的なトイレの重要性を強調することが多いが、障がいのある子どもたちにとってはプライバシーとアクセシビリティ（利用しやすさ）が何よりも重要なのである[90]。これは、障がいのある子どもたちがアクセシビリティとインクルージョンを推進することができ、その方向性の導き役となり、評価にも関われるということを示し、またそうしなければならないことを示している。排斥の手段や影響を一番よく分かっているのは彼らだからである。

責任範囲

ほかの重点分野と同様、政府とそのパートナーが、誰が、何を、どのような方法で行い、誰に報告することになっているかを明確にしていると、インクルーシブな教育が目指す目標の実現に役立つと思われる。さもなければ、インクルージョンの約束は口先だけのものになる恐れがある。

以前は「『万人のための教育』ファスト・トラック・イニシアティブ」（EFA-FTI）と呼ばれ、現在は「教育のためのグローバル・パートナーシップ」という名称に変更された枠組みに関わる国々の調査で、「FTIを承認する多数の国、特に初等教育の普遍化を達成しつつある国々は、障がいのある子どもたちのインクルージョンに対処する国民教育計画を策定している。……しかしながら多くの国々では、障がいのある子どもに関する政策や規定が依然としてうわべだけのものであるか、あるいは実践されていない」ことが指摘されている[91]。同報告書

ギニア、コナクリのニンバ・センターでサッカーをする少年。同センターは身体障がい者に研修を実施している。© UNICEF/HQ2010-1196/Asselin

（36ページへ続く）

視点

新しい形の「普通の生活」

著者：クレア・ハルフォード

クレア・ハルフォード氏はパートナーと２人の子どもと一緒にオーストラリアのメルボルンで暮らしている。彼女は息子のオーウェンの世話に専念するようになる前はファッションとビジュアル・アート関連の仕事に就いていた。

出産を控えた人は誰もが健康な赤ちゃんの誕生を願う。「どっちがいい？」と尋ねられると、出産を待つ母親と父親は「どちらでもいいさ、健康でさえあれば」と答える。

私は長男のオーウェンがお腹にいた妊娠第１期のことをよく覚えている。助産師には､喫煙と飲酒をやめ、健康的な食事をとり、適度な運動をし、妊娠を心から喜んでいると伝えた｡「それはすばらしい」と助産師は安心させるような口調で言い、こう続けた｡「専門的医療の先進国ですから、健康な女性に問題が起こることはまずないでしょう」それから約６ヵ月後、まさか、先進国でも問題が発生し得るのだということを知らされるとは思ってもみなかった。正期産で息子の出産を迎えたが、信じられないほどの苦痛を味わった。ようやく生まれたとき、息子は呼吸することができないでいた。彼の脳は酸欠状態となった。蘇生措置を行い、酸素を供給したが、彼は２週間の間、集中治療室と特別治療室を行き来した。生後１日目に最初のてんかんの発作が起こった。それ以来息子が２歳になるまで、その発作に１日中悩まされることが毎日続いた。

息子は生後５ヵ月のときに脳性麻痺と診断された｡脳性麻痺は胎生期､出産時または乳児期に生じる脳の損傷を表す総称である。オーストラリアでは脳性麻痺が子どもの身体障がいの最も一般的な原因で、これはすべての国で貧富に関係なく子どもに影響を及ぼす障がいである。主に運動障がいと筋緊張という影響が現れる｡オーウェンは重度の脳性麻痺で､座ることも、転がることも、歩くことも、話すこともできない。

診断の後、医師からの書簡がほぼ毎週、郵便受けに届くようになった。最初の書簡は「痙性四肢麻痺」「皮質性視覚障がい」「全般性発達遅延」といったまったく馴染みのない医学用語を使って残酷な現実を伝えるものであった。オンラインの検索結果もすべて「予後不良」と結論づけていた。

当時の衝撃的で厳しい現実の中で､光を放つ唯一の救いは､オーウェンの愛らしい性格、愛すべき笑顔、周囲の世界との明白な関わり、徐々にはっきりしてくるハンサムな顔立ちであった。

最初の年は非常に辛かった。いつでもどこにいても、怒り—いや激情—失望、すさんだ気持ち、孤独、不信感に苛まれた。助産師が言ったように、こんなことが私や息子や家族に起こるはずはない、これは間違いだ。友人や家族の言葉や行動は何の支えにもならなかったため、地域やインターネット上のサポート・グループを通じて同じ立場にある人を探した。

オーウェンの診断が下った頃、かつて働いたことのある大学から、実物モデルを描く写生画とデザインを非常勤で教えないかという電話をもらった。この仕事は小売業から飛躍するチャンスであるかもしれなかった。これは私が真剣に打ち込むことのできる意義あるものになるはずであった。しかし私は断った。私には新しい仕事があった。今はフルタイムで息子の世話に専念しなければならないのだ。

オーウェンは抗てんかん薬が効かない難治性の発作を起こすことが分かった。そこで２歳からてんかん治療のための医療食を始めた。ケトン原性食は信じられないほど高脂肪、低

炭水化物の食事である。この医療食は突然起こる突発性の発作に有効であった。発作に苦しんでいた、かわいそうな息子は、１日に最高200回近く起こっていた発作が食事を始めて最初の３ヵ月でほとんど起こらないまでに回復した。以降、発作はほとんど起こっていない。

その後、私とパートナーにもうひとり息子が生まれた。その子は健康な子どもで私たちはオーウェンと同じくらい深い愛情を注いでいる。彼は人生に別の視点をもたらしてくれた。私たちの生活は、家庭生活中心に回るようになった。家族のつながりが私たちを強くする。わが家のライフスタイルは私たちにとって普通のことであり、今後もこれを続けていく。理学療法に通うために、週に何度も車で街中を行き来するのは普通のことなのだ。毎日、立位保持装置や風呂用椅子のような重い器具を部屋から部屋へと運ぶことも、これまた日常である。私たちは小児病院を知り尽くし、小児科のさまざまな診療科目のトップクラスの専門家を数多く知っている。

私は自分自身のことを息子の「パーソナル・アシスタント」と呼んでいる。息子には果てしなく続く書類の処理、資金申請、医師の予約、診療、検査、血液検査といった一連の作業が必要なためだ。食事や入浴など息子の個人的な世話はほとんど私が行う。パートナーはできるときは手伝ってくれるが、経済的にやりくりできるよう長時間仕事をしている。彼のおかげで私はオーウェンの世話をし、私たちは快適に暮らすことができている。週末は農産物直売所へ行ったり、ベトナム料理店に出かけたり、子どものためのショーを調べたり、家族で忙しく過ごすようにしている。オーウェンは５歳児にしては面白く多忙な生活をしている。しかし、いかにうまく進もうと、オーウェンはこれから先、長く厳しい人生を歩んでいかなければならない。

私たちは、脳性まひ教育センターの早期支援プログラムの支援を受けて、オーウェンを普通校に入学させたいと考えている。オーウェンはそこへ通い始めてからコミュニケーションと運動機能が著しく向上している。また障がい者乗馬協会の活動に参加しており、いずれの活動も気に入っている。この何年間か私たちは多くの資金と時間を治療やサービスに費やしてきた。有効なものもあれば、役立たない治療やサービスもあった。そうする中で私たちは学び、感情的にではなく現実的な決断をすることに長けてきた。ただし、私たちにとって厳しい状況であることは変わらない。オーウェンが絶対に必要とするもののために、私は常に、ときには何年間にもわたって闘い、待ち続ける。

最も辛いことはオーウェンに対する人々の認識だ。私はただ、普通の子どもに対するのと同じようにオーウェンに接し、話しかけてほしいと思う一方で、彼に特別な注意を払い、もう少し辛抱強く接してほしいとも思う。私の友人や家族にはもっとオーウェンを助け、関わってほしいと思う。多くの人は私の様子や、オーウェンが抱える現実の問題ではなく、比較的難しくないほかのことに注意を向けがちである。オーウェンの抱えているすべてのことに対処するのは彼らにとっても難しい。オーウェンには取扱説明書がなければならないと思うときもあるほどだ。

私は仕事、創造的な興味、社会生活など、オーウェンの世話をするようになる前に私を特徴づけていたことが、悲しみと極度の疲労の中で失われてしまうことを恐れることがよくあった。しかし、オーウェンが生まれる前の私の生活は今と比べてなんと薄っぺらなものだったのだろうとしばしば感じるようになった。自分の子どもの世話をすることは計り知れないほど感慨深く、幸せな経験である。私たちは小さな達成を熱狂的に祝うようになり、かつて描いていた成功のイメージは見事なほどシンプルなものに変わった。それはオーウェンが支えなしで５秒間座り続けることであり、あるいはオーウェンがテレビでパラリンピックを観戦するとき、「脳性麻痺」と「チャンピオン」という言葉を同じフレーズの中で耳にすることである。私はオーウェンの世話を通じて成長した。おそらく、何よりも共感する能力が成長した。

どのような能力が欠けていようと、子どもは常にこの世界に明確な足跡を残すアイデンティティーと人格を持っている。啓発された社会を望むのであれば、私たちがしなければならないことは信じ、励ますことである。そのとき初めて、こうした困難な制約のある子どもは成長することができる。そしてそのとき、「うまくいかないこと」が違ったものに、しかもしばしば驚くほどすばらしいものとなるときがあるのが分かる。

（33ページからの続き）

は、５カ国のFTI承認国では障がいのある子どもにまったく言及がないとしている。

管轄が分割されているか、明瞭でないことが問題となることもある。バングラデシュでは障がいのある学齢期の子どもを管轄する省庁について若干の混乱がある。「万人のための教育」の実施を管轄しているのは教育省と初等大衆教育省であるが、障がいのある子どもの教育は社会福祉省の管轄下にあり、人権ではなく慈善として捉えられている[92]。2002年以降、障がいのある子どもと特別支援教育を必要とする子どもは教育省が実施する初等教育開発プログラム[93]を通じて初等教育に組み込まれるようになった。しかし、視覚障がいのある子どものための統合教育実施と聴覚、視覚または知的障がいのある子どもたちのための初等学校運営は依然として社会福祉省の担当である[94]。

本来は、教育省が学齢期のすべての子どもたちの管理責任を担うべきである。パートナーやステークホルダーとの協調がこのプロセスを力強く下支えすることができる。バングラデシュでは障がい者運動団体全国フォーラムが、政府とNGOとを結ぶネットワークを発展させ、教育面でのインクルージョンの推進と社会福祉省から教育省への管轄の漸進的な移行を手助けした。その結果、全国的ネットワークである民衆教育運動はすべての障がいのある子どもたちに質の高い基礎教育へのアクセスを保障することに力を注ぎ、「万人のための教育」の実現と貧困削減に取り組むNGO（非政府組織）であるBRAC（バングラデシュ農村向上委員会）は学校に障がいのある生徒を受け入れている。

排斥は、障がいのある子どもたちから、本来教育によって受けられる恩恵を奪い去る―よりよい職業、社会的・経済的な保障、および社会に完全に参加する機会を奪うのである。一方、障がいのある子どもたちの教育に投資すれば、将来、子どもたちが労働力人口の一部として能力を発揮することに貢献することができる。事実、就学年数が１年増えるごとに潜在所得は10%増加する可能性がある[95]。さらにインクルーシブな教育は現在および将来の依存度を減らすので、家族は世話や介護の責任から解放され、生産的な活動を再開したり、あるいは単に休息をとったりできるようになる[96]。

基礎的な読み書きのスキルは健康も向上させる。文字を読む能力のある母親から生まれた子どもは５歳以降も生存する割合がそうでない子どもよりも高い[97]。ケニア中心部のスラム[98]、セルビアのロマ居住地[99]、カンボジア[100]では、母親の教育水準の低さと子どもたちの発育阻害の高さとの間に関連性が認められた。親の教育水準を引き上げることによって、バングラデシュでは子どもの発育阻害リスクは最大で5.4%減少し（母親の場合は4.6%、父親の場合は2.9～5.4%）、インドネシアでは最大５%低下した（母親の場合は4.4～５%、父親の場合は３%）[101]。

教育は有効な手段であると同時に権利でもある。その目的は「子どもの権利条約」に定めるように「児童の人格、才能並びに精神的および身体的な能力をその可能な最大限度まで発達させること」である[102]。

ウガンダの学校で点字を読んでいるところ。© UNICEF/UGDA2012-00112/Sibiloni

視点

調整、柔軟な適応、エンパワーメント

著者：ヤヒア・J・エルジク

ヤヒア・J・エルジク氏はパレスチナのラマラにあるハンディキャップ・インターナショナル（Handicap International）のテクニカル・アドバイザーである。

私がサジャに会ったとき、彼女は7歳だった。

当時、私はヨルダン川西岸地区に3ヵ所ある国立リハビリテーション・センターのひとつに作業療法士として勤務していた。このセンターは、脳性麻痺を患う子どもとしてのサジャのニーズや要求に対応する体制はなかったものの、症状の悪化を防ぐためにセラピー・セッションを行うことは可能であった。サジャが今なお適切なリハビリテーション・サービスを受けられずにいる主な要因は、西岸地区に各サービスを紹介し合う仕組みがなく、コーディネーションが行われていないことと、占領下にあるパレスチナ人の移動が制限されていることの2つである。この病気を専門に扱うリハビリテーション・センターの拠点は東エルサレムにあるが、サジャの家族は東エルサレムに入ることを許可されなかったのである。

これに加え、ほかの地域と同様、西岸地区に住む障がいのある子どもたちは、公的・民間部門を問わず、障がいに関する知識や障がいに対処するスキルが不足している。また、障がい者は哀れむべき存在であるという人々の考え方により、権利を有し、ほかの人と同様の資格がある、社会に貢献することができる存在、そして実際に貢献している存在として見てもらえないのである。個人としてではなく、施しを受けてしかるべき哀れな人と見る支配的な考え方にも直面している。

こうした状況にあってもサジャは幸運であった。広範囲にわたる評価の末、我々のチームは彼女のコミュニティへの参加を支援し、促進するための計画を策定した。サジャと家族が最優先したのは普通校に入学することであった。しかし、メインストリーム（主流）の普通校に通学するためにはさまざまな環境の変更が必要であった。特に学校の敷地にまずアクセス可能でなければならず、適切な車椅子を入手する必要があった。サジャの家族、学校およびコミュニティの全面的な協力が絶対に欠かせなかった。サジャには多くのステークホルダーが関与する統合的な活動が必要であったが、まずは、両親から始めなければならなかった。というのも、同じ障がいのある弟のほうを優先しがちで、サジャにはその能力を最大限に伸ばす機会を与えていなかったからである。

こうした問題への取り組みは、国の適切な政策がないために困難を伴った。例えば、障がいのある子どもたちのためのインクルーシブな教育プログラムはなく、障がいに関するインクルーシブな政策は意思決定者の優先事項となっていない。その

**サジャは、私自身に、プロとして物ごとに適応し、
自らを適用させていく能力があることを教えてくれた。
そして、私たち治療の専門家が人々をエンパワーする形で接すれば、
ポジティブな影響を与えられることが分かったのである。**

ため、障がいのある子どもたちの運命は、こうした子どもたちがすべての子どもたちと同様の権利を持つことを、コミュニティの人たちが積極的に認めてくれるかどうかにかかっている。こうした権利が認められるとき、多くの場合はコミュニティの既存のリソースを動員するだけで、さまざまな問題の解決が可能となる。

幸運にもサジャの場合は学校長との交渉がうまくいき、彼女の教室を２階から１階へ変更してもらうことができた。教師たちは、自分たちのクラスに彼女を受け入れてもいいと言ってくれた。私たちは仕事上の独自の人脈と個人的な人脈を使って彼女に合った車椅子を入手することができ、地元の医師と保健センターのおかげでサジャの家族は彼女の視力を回復するための治療を無料で受けることができた。ソーシャル・ワーカーは家族に彼女の特殊な状況を認識させ、心理学者はサジャが差別の経験を克服できるよう支援した。

わずか２～３年の間にサジャの健康上の問題はいくつか解消され、移動手段が向上し、社会との相互の関わり、知識および生活上のスキルの向上とともに自尊心と自信が深まり、彼女の状況は劇的に向上した。ひとりの人間として、サジャの前進を見ることができて、私はこの上ない喜びを感じた。リハビリテーションの専門家としては大いにやり甲斐を覚えた次第である。

サジャは、私自身に、プロとして物ごとに適応し、自らを適用させていく能力があることを教えてくれた。そして、私たち治療の専門家が人々をエンパワーする形で接すれば、ポジティブな影響を与えられることが分かったのである。さらに重要なこととして、障がいのある人とその人が住むコミュニティの人たちと一緒にやっていく中では、子どもをひとりの子どもとして、全体的な視点で捉えることの大切さ、障がい者やその人が属するコミュニティに包括的なアプローチをもって取り組むことの価値と重要性を私に理解させてくれた。これこそが、障がいのある子どもがほかの子どもたちと同じように、コミュニティの生活に参加する機会を享受することを保障する唯一の方法である。

私は、これを政策策定者たちと共有したいと思っている。それは、彼らによりエンパワーメントを重視した包括的なアプローチをとってもらいたいからである。障がいのある子どもたちと障がい者団体が策定に関わり、政策が適切に実行されれば、次にサジャのような子どもが私たちの元にやってきたときに、その子と家族に、どのような権利があるのか、そして何を達成することができるのかを知らせることができるからである。ちょうど、同じコミュニティの同年齢のほかのすべての少女たちのように。これこそが「障害者の権利に関する条約」と「子どもの権利条約」が私たちに伝えようとしていることであり、私たちが日々普及させたいと思っている事柄である。

カンボジアの幼稚園で、聴覚障がいがあり、言葉が不自由なソク・チェア（５歳）の様子をみる幼稚園教師。彼女はインクルーシブな教育の研修を受けた（カンボジア）。© UNICEF/Cambodia/2011/Mufel